

FAX 内視鏡依頼書

(FAX送信用) 依頼日

独立行政法人 船橋中央病院 内視鏡センター TEL・FAX 047-437-9587 月 日

検査項目 (該当する検査を○で囲んでください)

上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)

大腸内視鏡検査

貴医療機関名

先生の御名前

FAX () -

医師あて (記入なしでも結構です)

検査希望日時 (希望がなければ未記入でも可)

上部消化管内視鏡検査は 9 : 00 から 11 : 00

大腸内視鏡検査は時間の指定はできません。

第一希望 月 日 時

第二希望 月 日 時

第三希望 月 日 時

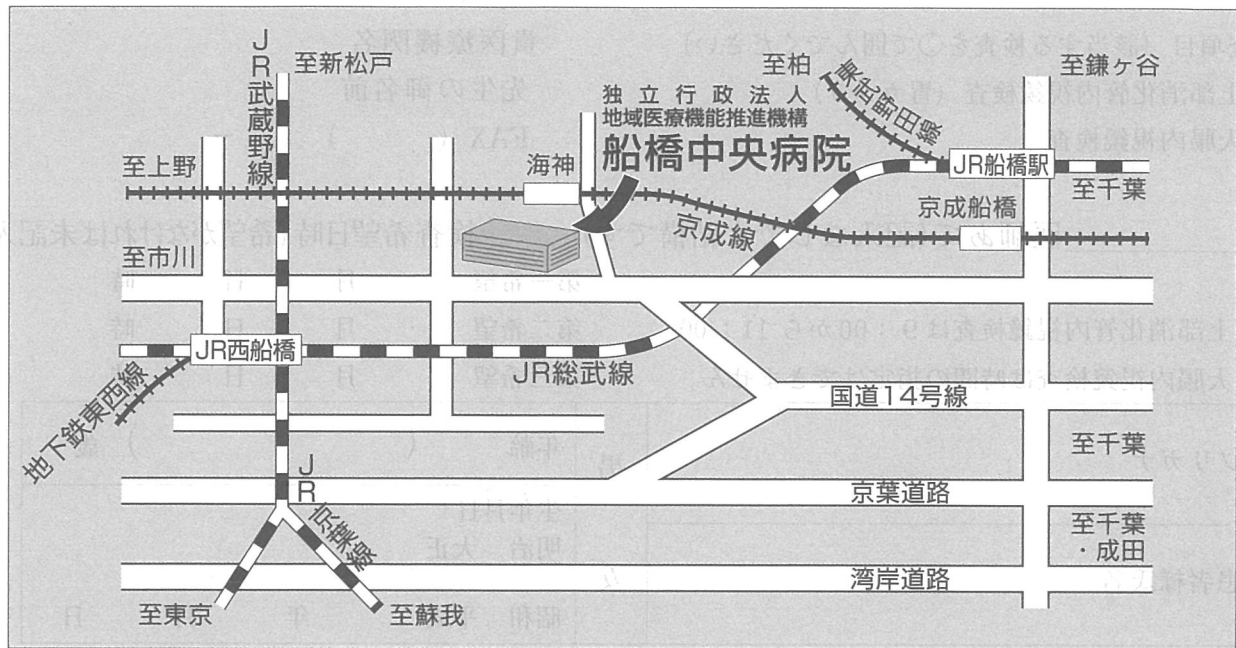
フリガナ	男	年齢 () 歳
患者様氏名	女	生年月日 明治 大正
		昭和 平成 年 月 日

検査予約～受診までのフロー



ご案内・注意書

当院へのご案内



JR西船橋駅より 京成バス船橋中央病院前下車
京成海神駅より 徒歩約5分

検査についてのご注意

●検査前日の食事

☆上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）は夕食を9時頃までに

☆大腸内視鏡検査は夕食を7時頃までに

消化の悪いもの（野菜、海藻、きのこ、豆、果物など）は避けて下さい。

●当日は起床後絶食です。

常用薬のある方は、ご紹介医より指示された薬を起床時に内服して下さい。

水分は水・お茶は可能です。ただし、上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）は検査予約時間の2時間前までとして下さい。

●持参する物

- ・ご紹介医から渡された「医療情報提供書」、「予約通知書」
- ・常用薬がある場合は「お薬手帳」など、内服薬についてわかるもの
- ・「健康保険証」、「当院受診登録カード（当院受診歴のある方のみ）」

●診療科受付手続きは不要です、直接3階内視鏡センターへお越しください。

☆上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）は予約時間までにお越しください。

☆大腸内視鏡検査は8時30分までにお越しください。

●指定された医師が不在の際は、他の専門医が検査させていただきますので、ご了承下さい。

●ご不明な点は下記までお問い合わせください。（月曜～金曜 8:30～16:30）

独立行政法人 船橋中央病院 内視鏡センター TEL・FAX 047-437-9587
地域医療機能推進機構

医療情報提供書（内視鏡検査用）

独立行政法人船橋中央病院 内視鏡センター TEL・FAX 047-437-9587
地域医療機能推進機構

検査項目（該当する検査を○で囲んでください）

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）

大腸内視鏡検査

貴医療機関名

先生の御名前

FAX（ ） —

_____ 医師あて（記入なしでも結構です）

フリガナ	男	年齢（ ） 歳
患者様氏名		生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
病名・症状		
症状経過・検査結果・治療経過		
既往歴・家族歴		
現在の処方 抗凝固剤（ ）・抗血小板剤（ ）		
備考（該当する方を○で囲んで下さい）		
検査結果：●当日患者様に直接お渡しする ●紹介頂いた先生に郵送する		
抗コリン剤注射：（可・否）、グルカゴン注射：（可・否）		
生検：（可・否）		
資料持参：（有・無） X線フィルム・内視鏡フィルム・その他		